RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3295/2020 **ATAS/714/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 septembre 2023

Chambre 3

En la cause

A_____ recourante
représentée par Me Karim HICHRI, avocat auprès de INCLUSION HANDICAP

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après: l'assurée), née en 1956, originaire du Cap Vert, de nationalité suisse depuis 1987, exerçant une activité d'aide-lingère à l'institution B_____ depuis 1984, n'ayant jamais été scolarisée, sourde et muette depuis son enfance, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en 1996 et obtenu depuis lors différents moyens auxiliaires.

b. Le 13 mars 2017, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, à laquelle était jointe un courrier de son assistante sociale appuyant sa requête, précisant que sa famille lui apportait son aide pour les contacts avec les médecins, les institutions, les administrations et les employeurs. Elle se chargeait également d'organiser ses loisirs et ses contacts avec l'extérieur.

c. Après avoir recueilli des informations auprès du médecin traitant (rapports des 22 mars et 4 avril 2017), de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD ; courrier du 13 juin 2017) et diligenté une enquête sur place (rapport du 14 novembre 2017), l'OAI, par décision du 15 janvier 2018, a rejeté la demande d'allocation pour impotent, motif pris que l'assurée était autonome pour accomplir les actes ordinaires de la vie et que les conditions d'octroi d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'étaient pas réunies. L'OAI se référait au rapport d'enquête précité qui concluait que le besoin d'aide était inférieur à deux heures hebdomadaires ; l'aide purement administrative ne relevant pas du handicap, mais d'un manque de connaissances scolaires, ne devait pas être prise en considération.

d. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans, après une audience d'enquêtes, le 24 janvier 2019 (au cours de laquelle ont été entendus la belle-sœur de l'assurée, son beau-frère, ainsi qu'une amie interprète en langue des signes), a annulé la décision du 15 janvier 2018 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

La Cour a constaté que l'assurée était autonome pour les actes ordinaires de la vie. En revanche, s'agissant de la nécessité d'un accompagnement durable, il convenait de s'assurer au préalable qu'aucune atteinte psychique ou mentale ne jouait de rôle et ne contribuait au besoin d'assistance dont plusieurs personnes, proches, médecin et assistante sociale avaient témoigné. Une instruction médicale complémentaire s'imposait sur le plan psychique afin de déterminer si une atteinte de ce type ou une déficience mentale pouvait expliquer le besoin d'accompagnement accru de l'assurée.

B. **a.** Le 28 octobre 2019, l'OAI a sollicité de l'assurée les coordonnées de son psychiatre traitant. Le 11 novembre 2019, la belle-sœur a répondu que l'assurée n'en avait jamais consulté.

b. À la demande de l'OAI, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a complété en date du 16 décembre 2019 un questionnaire concernant l'état de santé de sa patiente.

c. Le 25 mai 2020, le Service médical régional de l'OAI (SMR) a estimé qu'aucun élément objectif ne permettait d'admettre la présence d'une atteinte neuropsychologique ou psychiatrique, de sorte qu'une expertise psychiatrique ne se justifiait pas.

d. Par décision du 30 septembre 2020, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une allocation pour impotent.

C. **a.** Par acte du 19 octobre 2020, l'intéressée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible dès mars 2016, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

b. Invité à se déterminer, dans sa réponse du 16 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par la suite, les parties ont campé sur leurs positions respectives, la recourante sollicitant en outre la mise sur pied d'une expertise judiciaire psychiatrique.

d. Interrogée par la Cour de céans, la Dre C_____ a répondu en date du 18 novembre 2021.

e. Par ordonnance du 23 décembre 2021 (ATAS/1353/2021), la Cour de céans a ordonné une expertise neurologique, complétée par un bilan neuropsychologique, après avoir relevé que le médecin traitant n'excluait pas un éventuel déficit cognitif, non investigué jusqu'alors, qui contribuerait au besoin d'assistance.

f. Le 16 mai 2022, la recourante a versé au dossier un échange de correspondances des 15 et 16 mai 2022 entre son amie et interprète en langue des signes, sa belle-sœur, ainsi que son avocat, faisant état d'une péjoration de la situation.

g. Dans leur rapport d'expertise du 24 janvier 2023 effectuée avec une traductrice en langue des signes, les docteurs D_____, médecin chef de clinique au service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève, et E_____, médecin interne neurologue, ont posé le diagnostic de trouble neurocognitif majeur multidomaine à prédominance dysexécutive, attentionnelle, langagier et mnésique, dépassant le cadre du défaut d'apprentissage et des déficits sensoriels. Les difficultés rencontrées par l'expertisée étaient présentes à tout le moins depuis son veuvage, en janvier 1990, aggravées progressivement depuis plusieurs mois.

h. Dans son écriture du 6 mars 2023, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours en produisant un avis émis par le SMR en date du 3 mars 2023.

Il nie tout manque d'autonomie avant l'aggravation située par les experts à quelques mois de l'expertise, soulignant qu'au moment de la péjoration de l'état de

santé, la recourante avait d'ores et déjà atteint l'âge de la retraite et que, pour la période antérieure, elle avait exercé une activité lucrative sans rencontrer de difficultés, ce qui paraissait incompatible avec le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie quotidienne au moment de la demande de prestations.

L'intimé rappelle que, selon le rapport d'enquête à domicile, la recourante était autonome pour structurer sa journée, faire son ménage, préparer ses repas, accéder aux lieux publics, utiliser les transports publics seule et s'orienter, et qu'à cette époque, elle travaillait encore en tant qu'aide-lingère auprès de la Fondation B_____.

Il considère qu'il y a lieu de déduire dans une certaine mesure la durée de l'aide apportée à la recourante en tant qu'elle relève de son manque de scolarisation. Il en tire la conclusion que l'aide qui lui est fournie en lien avec son trouble neurocognitif ne pourrait en aucun cas atteindre deux heures hebdomadaires.

i. Dans son écriture du 15 mars 2023, la recourante a également persisté dans ses conclusions.

Elle fait valoir que le rapport d'expertise judiciaire démontre l'existence d'une atteinte à la santé justifiant un besoin d'aide pour faire face aux nécessités de la vie. Le fait que son trouble neurocognitif majeur se soit aggravé depuis plusieurs mois ne permet pas de conclure que ce trouble était absent au moment du dépôt de sa demande de prestations, ni que l'aide apportée avant l'aggravation était uniquement due au manque de scolarisation et à la surdité. L'aggravation constatée par les experts ne témoigne que du caractère progressif de son atteinte, et la durée de l'aide de ses proches ne peut pas être réduite, puisque son absence d'autonomie pour la gestion des tâches administratives est exclusivement imputable à son atteinte à la santé.

Elle reproche à l'intimé d'avoir versé dans l'arbitraire dans la constatation des faits, en considérant que les difficultés dans la gestion administrative et logistique n'existaient pas avant l'aggravation de son état de santé, alors que ses déplacements à l'extérieur sont limités aux trajets connus, appris et expliqués à maintes reprises. À cet égard, elle renvoie aux procès-verbaux d'enquêtes du 24 janvier 2019.

Elle relève que l'intimé confond les notions d'incapacité de travail et d'empêchements à accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne et/ou à faire face aux nécessités de la vie, ajoutant qu'un assuré au bénéfice d'une allocation pour impotent n'est pas nécessairement incapable de travailler et que son activité d'aide-lingère auprès de la Fondation B_____ était exercée dans un cadre particulier, puisque cet établissement emploie des personnes en situation de handicap connaissant des difficultés d'apprentissage et les accompagne vers les plus grandes autonomie et autodétermination possibles. La pratique de cette

activité dans ce milieu bienveillant n'est donc pas incompatible avec le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

j. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 23 décembre 2021 ; il suffit d'y renvoyer.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours (du 19 octobre 2020) était, au 1er janvier 2021, pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA).

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

4.1 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

4.2 En l'occurrence, la décision querellée (du 30 septembre 2020) a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent de degré faible, singulièrement sur le point de savoir si les troubles dont elle est atteinte rendent nécessaire un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

6. Selon l'art. 42 al. 1 1ère phrase LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent.

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA). Ces actes sont ceux que la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA

désignait par « actes ordinaires de la vie » (Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 10 ad art. 42 LAI).

L'art. 9 LPGA n'a pas conduit à un changement de la jurisprudence relative à l'évaluation de l'impotence développée à propos de l'ancien art. 42 al. 2 LAI (arrêt du Tribunal fédéral H.66/04 du 9 août 2004 consid. 2.1 et 2.2 et la référence).

Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie (art. 42 al. 3 1ère phrase LAI).

L'impotence devant résulter d'une atteinte à la santé, mais pas nécessairement d'une invalidité, une allocation pour impotent peut être servie à un assuré qui ne perçoit pas de rente d'invalidité, faute notamment de présenter le degré d'invalidité requis pour l'octroi d'une rente d'invalidité, pourvu que l'atteinte à la santé entraîne les conséquences prévues par la loi – impossibilité d'accomplir les actes ordinaires de la vie, besoins en soins et d'accompagnement (VALTERIO, op cit., n. 1 et 6 ad art. 42 LAI). Toutefois, si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente selon l'art. 42 al. 3 1ère phrase LAI, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 42 al. 3 2ème phrase LAI).

7. La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

7.1 Le degré d'impotence se détermine en fonction du nombre d'actes (associés éventuellement à une surveillance personnelle permanente ou à un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie) pour lesquels l'aide d'autrui est nécessaire (cf. art. 37 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). L'évaluation du besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie constitue donc une appréciation fonctionnelle ou qualitative de la situation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_350/2014 du 11 septembre 2014 consid. 4.2.2 et la référence).

7.2 L'art. 37 al. 1 RAI prescrit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

7.3 L'art. 37 al. 2 RAI stipule que l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (let. b) ; ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. c).

7.4 L'art. 37 al. 3 RAI dispose que l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e).

8. Selon la jurisprudence, les actes élémentaires de la vie quotidienne se répartissent en six domaines : 1. se vêtir et se dévêtir ; 2. se lever, s'asseoir et se coucher ; 3. manger ; 4. faire sa toilette (soins du corps) ; 5. aller aux toilettes ; 6. se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 et les références).

Par contacts sociaux, on entend les relations humaines telles qu'elles se pratiquent quotidiennement (par ex. lire, écrire, fréquenter des concerts, des manifestations politiques ou religieuses, etc. ; RCC 1982 p. 119 consid. 1c et p. 126 consid. 1b ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité établie par l'Office fédéral des assurances sociales, valable à partir du 1er janvier 2015, dans son état au 1er janvier 2018 ici déterminant [OFAS ; CIIAI] ch. 8023).

La nécessité de l'aide pour entretenir des contacts, afin de prévenir le risque d'isolement durable (notamment pour les personnes psychiquement handicapées), ne doit être prise en compte qu'au titre de « l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie », mais non à celui de la fonction partielle « entretenir des contacts sociaux » (arrêt du Tribunal fédéral 9C_639/2015 du 14 juin 2016 consid. 4.1 ; CIIAI ch. 8024).

9. Aux termes de l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 42 al. 3 LAI, existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé : vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c).

9.1 Dans la première éventualité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes : structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers ; arrêt du Tribunal fédéral

9C_131/2019 du 16 août 2019 consid. 4.1 et la référence). La personne qui accompagne l'assuré peut aussi accomplir elle-même les actes nécessaires lorsque malgré ses instructions, sa surveillance ou son contrôle, l'assuré n'est pas en mesure de le faire à cause de son atteinte à la santé (ATF 133 V 450 consid. 10.2). Le fait déterminant n'est donc pas la manière dont l'aide du tiers est apportée, mais la circonstance que, grâce à elle, la personne puisse acquérir l'indépendance nécessaire dans son habitat (arrêt du Tribunal fédéral I.1013/06 du 9 novembre 2007 consid. 5.4).

La nécessité de l'aide apportée par une tierce personne doit être examinée de manière objective, selon l'état de santé de l'assuré concerné, indépendamment de l'environnement dans lequel celui-ci se trouve ; seul importe le point de savoir si, dans la situation où il ne dépendrait que de lui-même, cet assuré aurait besoin de l'aide d'un tiers. L'assistance que lui apportent les membres de sa famille a trait à l'obligation de diminuer le dommage et ne doit être examinée que dans une seconde étape. Si la question de savoir comment s'organiserait la communauté familiale dans le cas où elle ne devait pas percevoir de prestations d'assurance est certes importante, l'aide exigible ne doit toutefois pas devenir excessive ou disproportionnée. Sauf à vouloir vider l'institution de l'allocation pour impotent de tout son sens dans le cas où l'assuré fait ménage commun avec son épouse ou un membre de la famille, on ne saurait exiger de cette personne qu'elle assume toutes les tâches ménagères de l'assuré après la survenance de l'impotence si cela ne correspondait pas déjà à la situation antérieure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_567/2019 du 23 décembre 2019 consid. 6.2 et les références).

9.2 Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2019 du 16 août 2019 consid. 4.1 et la référence).

9.3 Dans la troisième éventualité, l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par-là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2019 précité consid. 4.1 et la référence).

Un risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas. L'isolement et la détérioration subséquente de l'état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2.2). Le risque d'isolement doit ainsi être interprété de manière stricte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2013 du 18 août 2014 consid. 3.4 *in fine*). L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec l'assuré en le conseillant et à le motiver pour établir des contacts en l'emmenant, par exemple, assister à des manifestations (arrêt du Tribunal fédéral I.46/07 du 29 octobre 2007 consid. 3.5 et la référence).

9.4 L'art. 38 al. 3 1ère phrase RAI précise que n'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1. Selon le chiffre 8053 de la CIIAI, l'accompagnement est régulier au sens de l'art. 38 al. 3 RAI lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2019 du 16 août 2019 consid. 4.2 et les références).

9.5 L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2019 du 16 août 2019 consid. 4.1 et les références). Ainsi, l'aide déjà prise en compte sous l'angle du besoin d'assistance pour accomplir les actes ordinaires de la vie ne peut fonder un droit à une allocation au sens de l'art. 38 RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_688/2014 du 1er juin 2015 consid. 3.6 et les références).

Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (arrêt du Tribunal fédéral I.652/06 du 25 juillet 2007 consid. 5.2).

10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

10.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

10.2 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

10.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

11. En règle générale, le degré d'impotence d'un assuré est déterminé par une enquête à son domicile. Cette enquête doit être élaborée par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne chaque acte ordinaire de la vie et sur les besoins permanents de soins et de surveillance personnelle et finalement correspondre aux indications relevées sur place. Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui

permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 et les références). Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1.2).

La jurisprudence selon laquelle, lors de l'évaluation de l'invalidité découlant d'une atteinte à la santé psychique, il convient d'accorder plus de poids aux constatations d'ordre médical qu'à celles de l'enquête à domicile en cas de divergences, s'applique également lors de l'évaluation du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_782/2010 du 10 mars 2011 consid. 2.3).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

13.

13.1 En l'espèce, le rapport d'expertise judiciaire du 24 janvier 2023 se fonde sur les pièces médicales au dossier, l'anamnèse, les données subjectives de la recourante, – assistée d'une interprète en langue des signes – et l'examen clinique complété par deux tests (l'échelle d'efficience cognitive globale, et la batterie d'efficience cognitive pour les fonctions exécutives et de planifications).

Le premier test a mis en évidence des valeurs très déficitaires dans plusieurs domaines, notamment au niveau de l'orientation visuospatiale (0/5 points), du jugement (0/4 points), de la fluence verbale dans une tâche de dénomination d'animaux réalisée sur une minute (0/8 points) et, dans une moindre mesure, sur une tâche de mémoire verbale lors de la restitution de quatre éléments donnés en précédence (6/8 points). Le second test a également révélé des valeurs très déficitaires dans la vaste majorité des tâches, notamment dans les similitudes, la fluence verbale, la programmation motrice, la sensibilité à l'interférence, ainsi que dans la contrôle inhibitoire (0/3 dans chaque tâche). Les valeurs obtenues se situaient largement en dessous des normes corrigées pour le niveau d'éducation et l'âge de la recourante, faisant suspecter une atteinte cérébrale, dépassant le cadre du défaut d'apprentissage et du déficit sensoriel (rapport d'expertise p. 12).

Sur cette base, les experts ont retenu le diagnostic de trouble neurocognitif majeur multidomaine à prédominance dysexécutive, attentionnelle, langagière et

mnésique ayant un impact sur l'autonomie de la recourante dans plusieurs activités instrumentales, d'allure évolutive (défaut dans la prise d'initiative, troubles exécutifs comportant une difficulté dans la gestion administrative en particulier pour le paiement des factures, la gestion du courrier, et difficultés liées à la prise en charge du diabète). Ils ont constaté une anosognosie de la recourante face à ses difficultés, associée à des troubles de langage et de compréhension dépassant le cadre du défaut d'apprentissage et des déficits sensoriels (rapport d'expertise p. 11-14).

Dans son avis du 3 mars 2023, le SMR admet que cette expertise est convaincante et retient que la recourante présente des limitations fonctionnelles cognitives évolutives, qui ne sont pas à mettre sur le compte de l'absence de scolarisation, ni sur la surdité uniquement. Il admet aussi une aggravation récente, avec une perte d'autonomie, nécessitant une aide des proches. Le déficit cognitif, récent, selon lui, n'entrait pas en ligne de compte lors de l'enquête ménagère en 2017, dont les conclusions demeureraient en conséquence valables.

Contrairement à ce que prétend l'intimé, qui s'est rallié à l'avis précité, le manque d'autonomie de la recourante pour les activités instrumentales - dont notamment les difficultés dans la gestion administrative et la prise en charge du diabète - ne remontent pas seulement à une période postérieure à la décision litigieuse du 30 septembre 2020. Elles existaient bien avant, ainsi que l'avait relevé l'enquêtrice à l'époque, si ce n'est qu'elle n'attribuait ces difficultés non à l'atteinte à la santé, mais au manque de connaissances scolaires. Or, on ne saurait suivre les conclusions de l'enquêtrice, dès lors qu'il ressort du rapport d'expertise judiciaire que la recourante présente des troubles cognitifs qui ont un impact sur ses activités instrumentales, non motivé par son absence de scolarisation exclusivement. En d'autres termes, l'enquêtrice ignorait l'implication de l'atteinte à la santé neurologique sur les difficultés rencontrées par la recourante, élément objectif médical qui remet en cause le bien-fondé de son appréciation, étant souligné qu'aucune pièce au dossier ne permet de retenir que le trouble cognitif n'existerait que depuis quelques mois avant l'expertise judiciaire ; la Dre C_____, médecin interne traitant, avait déjà fait état des difficultés de sa patiente à comprendre et à appliquer les consignes (questionnaire rempli le 16 décembre 2019) et soupçonné un déficit cognitif – cependant non investigué – (rapport du 18 novembre 2021).

Les proches de l'assurée ont évoqué une aggravation de la situation, dans la mesure où la recourante, par exemple, ne répondait pas au téléphone (WhatsApp), ne réagissait pas aux mots écrits laissés derrière sa porte (alors qu'auparavant, elle aurait immédiatement appelé son interprète en langue des signes), était devenue furieuse à l'idée d'envisager son placement dans un appartement protégé au point qu'elle n'avait pas rendu visite à sa belle-sœur pendant trois semaines, et ne fréquentait plus les manifestations pour personnes malentendantes, affirmant que les personnes de son âge étaient vieilles (cf. courriels des 15 et 16 mai 2022 ;

rapport d'expertise judiciaire p. 9-10). Or, le comportement de la recourante ici décrit n'infirme en aucun cas son besoin d'aide pour les affaires administratives et la prise de rendez-vous prodiguée par son entourage (belle-famille, amie) depuis son arrivée en Suisse (rapport de la rhumatologue traitante du 4 avril 2017 [dossier intimé p. 72], ainsi que pour le bilan d'évolution de l'état de santé et la préparation des traitements par l'IMAD depuis le 16 février 2017 (courrier de l'IMAD du 13 juin 2017, dossier intimé p. 75 et 78).

Le fait qu'en parallèle, la recourante travaillait en tant qu'aide-lingère auprès de la Fondation B_____, laquelle offre des emplois adaptés à des personnes en situation de handicap (cf. https://B_____.ch/), ne dément pas son besoin d'aide pour la gestion de ses affaires administratives et la prise en charge de son diabète (lesquelles sont étrangères à l'activité lucrative qu'elle exerçait). C'est le lieu de rappeler que l'allocation pour impotent vise le besoin concret de l'aide d'autrui pour réaliser certains actes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_703/2018 du 30 janvier 2019 consid. 5.1) ou, comme en l'occurrence, pour faire face aux nécessités de la vie (notamment pour les questions de santé, les activités administratives, les contacts avec les services officiels ou le personnel médical) afin de maintenir la personne concernée à son domicile (ici la recourante, cf. rapport d'expertise p. 13) et d'éviter son placement dans un home.

Le fait que la recourante soit autonome pour structurer sa journée, faire son ménage, préparer ses repas (dossier intimé p. 110), accéder aux lieux publics et utiliser les transports publics seule (p. 111) ne contredit pas non plus son besoin d'aide pour la gestion de ses affaires administratives et la prise en charge de son diabète, dès lors qu'elle souffre de troubles exécutifs (rapport d'expertise p. 12) ; la recourante gère les situations qui lui sont connues, routinières, à l'inverse de celles qui sont nouvelles, qui sortent de l'ordinaire et qui requièrent plus d'attention (rapport d'expertise p. 11-12), étant de surcroît relevé qu'elle est anosognosique de ses difficultés (p. 11).

Comme déjà relevé dans l'ordonnance d'expertise du 23 décembre 2021, la recourante a besoin de l'aide d'une tierce personne pour les tâches administratives et la prise de rendez-vous médicaux, ainsi que pour le bilan d'évolution de l'état de santé et la préparation des traitements, évaluée à 122 minutes au moins par semaine (30 heures sur 17 semaines [rapport d'enquête, dossier intimé p. 111], soit environ 105 minutes par semaine, auxquelles s'ajoute l'aide de l'IMAD tous les quinze jours, d'une durée de 35 minutes, équivalant à 17,5 minutes par semaine, p. 112), correspondant à un accompagnement de deux heures par semaine au minimum.

L'aide du beau-frère de la recourante, qui intervient en cas de problèmes techniques (télévision, cuisinière, machine à laver, réparations ; procès-verbal d'enquêtes du 24 janvier 2019), ne peut entrer en ligne de compte, car elle est sporadique.

Au vu des conclusions des experts, il n'y a pas lieu de déduire, comme le voudrait l'intimé, la durée de l'aide apportée à la recourante qui découlerait de son défaut de scolarisation, puisque c'est sa déficience cognitive qui explique davantage son besoin d'accompagnement.

13.2 En conséquence, la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré faible (art. 37 al. 3 let. e RAI).

14. Reste à déterminer le point de départ du versement de cette prestation.

14.1 Selon l'art. 42 al. 4 LAI, l'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à l'art. 40 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10), ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit à l'allocation pour impotent est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29 al. 1 LAI (actuellement : art. 28 al. 1 let. b LAI ; ATF 137 V 351 consid. 4 et 5).

Dès lors que les conditions posées par l'art. 28 al. 1 let. b LAI s'agissant du droit à la rente d'invalidité sont applicables par analogie au domaine des allocations pour impotent, il en résulte qu'un droit à une telle prestation ne peut pas naître avant l'échéance d'un délai de carence d'une année à compter de la survenance de l'impotence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2017 du 18 septembre 2017 consid. 3.1). Le niveau de l'allocation pour impotent est alors déterminé d'une part, d'après le degré d'impotence existant au cours du délai d'attente et d'autre part, selon l'étendue de l'impotence persistant une fois le délai d'attente écoulé (ATF 111 V 226 consid. 3).

À teneur de l'art. 35 al. 1 RAI, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées.

14.2 Selon l'art. 48 al. 1 LAI, si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

Selon l'al. 2 de la même disposition, les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes : il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations (let. a) ; il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (let. b).

Selon la jurisprudence, les faits ouvrant droit à des prestations que l'assuré - ou son représentant légal - ne pouvait pas connaître, au sens de l'art. 48 al. 2 let. a LAI, sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré - ou son représentant légal - ne pouvait subjectivement pas saisir la

portée (ATF 139 V 289 consid. 4.2 et 6 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2016 du 16 août 2016 consid. 5).

Une restitution de délai doit également être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour cause de force majeure (par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement) et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Il faut encore qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V 112 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4.1).

La jurisprudence relative à l'art. 48 al. 2 LAI n'admet que de manière très restrictive qu'un état de fait objectivement donné ouvrant droit à des prestations n'ait pas été reconnaissable ou que la personne assurée ait été empêchée pour cause de maladie, malgré une connaissance adéquate, de déposer une demande ou de charger quelqu'un de le faire (ATF 139 V 289 consid. 4.2, avec une casuistique comprenant notamment des cas de schizophrénie ; arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois AI 367/17 - 147/2018 du 16 mai 2018 consid. 3).

14.3 L'exercice du droit aux prestations appartient à l'assuré ou à son représentant légal, ainsi qu'aux autorités ou tiers qui l'assistent régulièrement ou prennent soin de lui de manière permanente (art. 66 al. 1 RAI).

14.4 En l'espèce, la belle-famille de la recourante assistait régulièrement cette dernière depuis son arrivée en Suisse en 1987 et s'occupait tant de ses affaires administratives que de la gestion des rendez-vous et des médicaments, ce qui prenait au minimum deux heures par semaine (cf. rapport de la rhumatologue traitante du 4 avril 2017, dossier intimé p. 71-72), étant rappelé que l'IMAD est chargée du contrôle de la santé de la recourante et de la préparation des traitements depuis le 16 février 2017 seulement.

Force est de constater que la demande d'allocation pour impotent déposée le 13 mars 2017 est tardive, puisque la nécessité d'au moins deux heures en moyenne par semaine de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existait depuis 1987. Ainsi, en application de l'art. 48 al. 1 LAI, le droit à l'allocation pour impotent de degré faible n'est ouvert qu'à compter du 1er mars 2016 (cf. art. 35 al. 1 RAI), étant souligné qu'à ce moment, la recourante âgée de 59 ans et demi, n'avait pas encore atteint l'âge de la retraite (64 ans pour les femmes ; art. 21 al. 1 let. b LAVS ; art. 42 al. 4 LAI).

Il n'existe aucun indice donnant à penser que la belle-famille aurait été empêchée pour cause de force majeure de déposer une demande d'allocation pour impotent avant le 13 mars 2017. Partant, la recourante ne peut prétendre à aucune allocation

pour impotent pour la période antérieure au 1er mars 2016. Au demeurant, elle ne le fait pas valoir.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 30 septembre 2020 annulée.

La recourante, représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'espèce à CHF 2'500.-.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 30 septembre 2020.
4. Dit que la recourante a droit à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1er mars 2016.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour le calcul des prestations dues.
6. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- à la recourante à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Christine RAVIER	Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le